

PROCÈS-VERBAL DE LA QUATRIÈME SÉANCE

(Salle de conférence du Bureau régional, Manille)
Mardi 9 septembre 2003 à 14 h 15

PRÉSIDENT : Dr Manuel DAYRIT (Philippines)

TABLE DES MATIÈRES

	page
1. Programme élargi de vaccination : rougeole et hépatite B	122
2. Infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA	133

1. PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION : ROUGEOLE ET HEPATITE B :
Point 11 de l'ordre du jour (document WPR/RC54/5)

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle que la Région du Pacifique occidental a été déclarée exempte de poliomyélite le 29 octobre 2000 à Kyoto (Japon). Ce succès historique montre ce dont la Région est capable lorsque les Etats Membres et l'OMS collaborent tous ensemble. Aujourd'hui, deux nouvelles initiatives faisant fond sur les réalisations du PEV à ce jour sont proposées. Ces initiatives sont de nature à renforcer les services de santé, ainsi que le PEV lui-même. Les services de vaccination doivent profiter à chaque enfant et à toutes les nouvelles cohortes de nourrissons à mesure qu'elles se succèdent. La vaccination peut ainsi servir de base à d'autres services de santé essentiels.

La rougeole sera probablement la prochaine maladie qu'il aura été décidé d'éradiquer, une fois que la poliomyélite aura été éradiquée dans le monde. Avant 2003, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution visant à réduire la mortalité rougeoleuse qui figure à l'annexe 1 du document WPR/RC54/5. Il est convaincu que l'OMS et ses Etats Membres peuvent éliminer la rougeole de la Région. Trois autres Régions se sont déjà fixé pour objectif de l'éliminer. La Région des Amériques est d'ailleurs parvenue à l'éliminer pendant de courtes périodes. Mais, si elle n'est pas éliminée au niveau mondial, la maladie referra inévitablement son apparition et si la couverture vaccinale n'est pas maintenue, la transmission du virus redémarrera. Voilà pourquoi il est si important de coordonner les efforts au niveau mondial.

L'OMS et ses Etats Membres n'auront pas besoin d'attendre une initiative mondiale pour éliminer la rougeole de la Région. S'ils parviennent à réduire la charge actuelle de la maladie (estimée à plus de 1 million de cas et 32 000 décès par an), les avantages pour la Région seront immédiats. La vaccination a déjà permis de réduire de 90% le nombre de cas et de 95% le nombre de décès dans la Région. Il est possible de tous les prévenir et la Région peut une fois de plus montrer la voie en éliminant une maladie.

L'élimination de la rougeole requiert trois grandes stratégies : vaccination, surveillance et services de laboratoire. Un groupe d'experts a aidé l'OMS à dresser un plan régional d'élimination de la rougeole, qui figure à l'annexe 2 du document WPR/RC54/5. Les experts ont recommandé de faire de l'élimination l'objectif de la lutte antirougeoleuse mais, étant donné que les programmes nationaux de lutte antirougeoleuse n'en sont pas tous au même stade, il est proposé que la date butoir pour l'élimination soit fixée ultérieurement, après évaluation annuelle des progrès accomplis.

L'autre initiative phare proposée pour renforcer le PEV est la lutte contre l'hépatite B. L'hépatite B fait peser une très lourde charge sur la Région. Alors que la Région abrite seulement un quart de la population mondiale, on estime que plus de la moitié des décès liés à l'hépatite B se

produisent dans le Pacifique occidental. Un habitant de la Région meurt d'hépatite toutes les deux minutes, généralement d'un cancer du foie consécutif à une infection chronique acquise dans l'enfance. La vaccination anti-hépatite B permettrait d'éviter ces décès, même s'il faut compter plusieurs dizaines d'années pour recueillir tous les fruits de la vaccination. Le vaccin anti-hépatite B est le seul vaccin anticancéreux qui existe aujourd'hui.

Le Pacifique occidental est jusqu'à présent la seule Région OMS où le vaccin anti-hépatite B figure dans tous les programmes nationaux de vaccination. Des efforts supplémentaires sont cependant nécessaires pour que chaque enfant qui naît dans la Région soit protégé contre l'hépatite B par un vaccin hautement efficace. Jusqu'à présent, la lutte contre l'hépatite B a surtout consisté à renforcer les services de vaccination systématique en veillant à ce que chaque enfant soit vacciné en temps voulu. Il importe tout particulièrement de veiller à ce que les données sur la couverture vaccinale notifiées régulièrement restent de qualité suffisante pour pouvoir évaluer le programme. L'hépatite B se distingue des autres maladies visées par le PEV en ce que l'impact de la vaccination sur la maladie est difficile à mesurer, de sorte que la couverture vaccinale est le principal critère d'après lequel on peut évaluer le programme.

Il espère que les Etats Membres accepteront, comme le propose l'OMS, que la rougeole et l'hépatite B deviennent les deux nouvelles initiatives phares du PEV et il attend avec intérêt le compte rendu qu'ils donneront de leurs programmes de lutte contre la rougeole et contre l'hépatite B, espérant qu'ils soutiendront les deux nouvelles initiatives et qu'ils voudront bien fixer une date butoir pour l'élimination de la rougeole dans la Région.

Le Dr WAQATAKIREWA (Fidji) est d'accord pour inclure l'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B dans le PEV. L'objectif du programme de lutte contre l'hépatite B, à savoir une prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B (HbsAg) inférieure à 1% chez les enfants de cinq ans, est ambitieux, mais il n'est pas irréalisable.

Suite à une récente flambée de rubéole, Fidji a modifié son calendrier vaccinal de façon à vacciner tous les enfants de un an contre la rougeole et la rubéole. La vaccination contre la rubéole pourrait aussi être intégrée dans le PEV pour tenir compte de l'évolution actuelle de la maladie et des efforts de lutte.

Le Dr MOHAMAD (Malaisie) dit que son pays est entièrement acquis à l'élimination de la rougeole et à la lutte contre l'hépatite B. Le programme d'élimination de la rougeole est hautement prioritaire ; un plan national a été établi et des cibles ont été fixées. Les enfants auront une deuxième chance d'être vaccinés contre la rougeole et la surveillance sera améliorée grâce à la confirmation en

laboratoire des cas présumés. Les services de vaccination systématique sont actuellement renforcés afin de lutter contre l'hépatite B selon les stratégies exposées dans le plan régional.

M. UNTALAN (Etats-Unis d'Amérique) applaudit l'inclusion de l'élimination de la rougeole et de la lutte contre l'hépatite B dans le PEV. Pour la sécurité du pays et pour l'équité sociale, il faut parvenir à une couverture vaccinale élevée dans toutes les communautés et la maintenir, et son pays soutient sans réserve les efforts déployés par le bureau régional pour accroître les taux de vaccination. Il engage les autres Etats Membres à approuver l'initiative et à garantir la volonté politique et le financement nécessaires au succès du programme de vaccination.

Les programmes de vaccination ont permis de nettement réduire la morbidité et la mortalité imputables à la rougeole, amenant la Région près de l'élimination, et il est impatient de fixer une date butoir. Les enseignements tirés de l'expérience acquise dans différentes parties de la Région seront utiles pour lutter contre la maladie, notamment pour mettre en place des mécanismes de surveillance adéquats.

Le Dr YU Jingjin (Chine) indique qu'en 2002, le taux d'incidence de la rougeole en Chine était de 4,76 pour 100 000, avec quelque 64 000 cas déclarés. La Chine mène actuellement un projet visant à renforcer les services de vaccination systématique, y compris la vaccination antirougeoleuse, dans les zones déshéritées du pays, expérience qui sera sans doute précieuse. Elle a établi un plan national de surveillance de la rougeole en 1999, qu'elle a modifié en 2000 pour adopter des dispositions réglementaires spécifiques, y compris le renforcement du système de surveillance moyennant la confirmation en laboratoire.

La Chine adhère sans réserve aux stratégies et aux activités prévues dans le plan régional d'élimination de la rougeole. Il est indiqué dans le plan que les dates butoirs seront fixées d'après l'évaluation annuelle du programme de lutte antirougeoleuse de chaque pays, mais d'autres facteurs doivent être pris en compte. Le nombre important d'habitants en Chine, la vaste superficie du pays, les différents niveaux de développement selon les régions, les efforts nécessaires pour que le pays reste exempt de poliomyélite et la pénurie de fonds sont autant de facteurs qui font qu'il est difficile de fixer une date butoir pour l'élimination.

La Chine soutient elle aussi la proposition d'inclure la vaccination anti-hépatite B dans le PEV. Ensemble, le Ministère de la Santé et le Ministère des Finances chinois ont donné pour instruction en 2001 d'inclure la vaccination anti-hépatite B dans le programme de vaccination systématique. En plus du financement par l'Etat, le programme reçoit un important appui de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, notamment pour fournir des vaccins aux provinces les plus pauvres. La

Chine a récemment revu ses objectifs en matière de vaccination et de lutte contre l'hépatite B, fixant notamment pour cible au niveau des provinces un taux de HBsAg inférieur à 2% chez les enfants de moins de trois ans. Etant donné que les objectifs ont été définis après un examen attentif de la situation actuelle en Chine, l'objectif qu'il est proposé de fixer au niveau régional semble extrêmement difficile à atteindre.

Le Dr RAHMAH (Brunéi Darussalam) se félicite que, de l'avis général, l'élimination de la rougeole est techniquement possible et est d'accord pour que la date butoir soit fixée selon un processus d'examen annuel. Par ailleurs, elle appuie pleinement le plan régional de lutte contre l'hépatite B et les critères fixés pour la réalisation de l'objectif régional.

La vaccination antirougeoleuse et la vaccination anti-hépatite B figurent toutes deux dans le programme de vaccination de son pays depuis de nombreuses années, avec pour résultat une couverture supérieure à 95% et une diminution notable du nombre de cas cliniques. Néanmoins, il reste encore des aspects à améliorer pour parvenir à l'élimination.

Le Dr SELUKA (Tuvalu) approuve les plans régionaux d'élimination de la rougeole et de lutte contre l'hépatite B. La dernière flambée de rougeole a eu lieu en 1998 à Tuvalu et s'est soldée par cinq décès. La création du réseau de surveillance pour la santé publique dans le Pacifique permettra de réagir efficacement en cas d'épidémie grâce à l'échange d'informations. Un guide en cas d'épidémie a été rédigé à l'intention du personnel des services de santé périphériques de Tuvalu pour qu'il sache repérer une flambée et prendre les mesures qui s'imposent.

Malgré une bonne couverture vaccinale, son pays a l'un des taux de prévalence de l'hépatite B les plus élevés de la Région. Il faudrait faire des recherches avec l'aide de l'OMS pour élucider les facteurs sous-jacents qui contribuent à cette situation.

Le Professeur NYMADAWA (Mongolie) appuie sans réserve les plans régionaux d'élimination de la rougeole et de lutte contre l'hépatite B. Un pays en développement est toutefois incapable à lui tout seul d'éliminer la rougeole, même avec une couverture vaccinale élevée. La Mongolie pratique la vaccination antirougeoleuse depuis longtemps. Après sa mise en place en 1973, le nombre de cas est tombé à zéro, mais il y a eu ensuite une recrudescence et les flambées épidémiques ont atteint les mêmes taux que ceux observés avant la vaccination.

Depuis 1987, la Mongolie prévoit une première dose à 9 mois et une deuxième 6 mois plus tard. Cependant, elle sera incapable d'éliminer la maladie si elle ne renforce pas ses services de laboratoire. Un effort collectif est nécessaire, moyennant notamment d'un réseau de laboratoires. En outre, la Mongolie sait d'expérience que le résultat d'années d'efforts peut rapidement être réduire à

néant si le calendrier vaccinal n'est pas maintenu d'année en année. D'après l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, il suffit de US \$30 pour protéger un enfant à vie. Or, en moyenne, les programmes de vaccination ne représentent que 3,2 % du total des dépenses de santé et moins de 0,2 % du PNB. L'Alliance demande donc à tous les pays qui réunissent les conditions requises pour bénéficier de subventions d'établir un plan financier quinquennal qui garantisse la viabilité du programme.

M. JORÉDIÉ (France) appuie la proposition de l'OMS tendant à éliminer la rougeole de la Région et à réduire l'incidence de l'hépatite B grâce à une forte couverture vaccinale. La même méthode a été utilisée pour éradiquer la poliomyélite. Les territoires français du Pacifique ont toujours cherché à avoir une couverture vaccinale supérieure à 90% et sont sur le point d'atteindre leur objectif.

En Nouvelle-Calédonie, la vaccination anti-hépatite B à la naissance est obligatoire depuis 1989. Le virus de la rougeole est absent du territoire depuis 10 ans grâce aux politiques vaccinales très actives appliquées par les autorités de santé publique. Une campagne de vaccination de masse a été organisée il y a quatre ans pour éviter que ne se reproduisent des épidémies comparables à celle de 1986, lors de laquelle plus de 16 cas d'encéphalite sclérosante sub-aigüe avaient été enregistrés.

Le Dr LOPEZ (Philippines) approuve le choix de l'élimination de la rougeole et de la lutte contre l'hépatite B en tant que nouvelles initiatives phares du PEV. En 1998, les Philippines ont inauguré un plan d'élimination de la rougeole sur dix ans, qui a commencé par une campagne de ratisage chez les enfants âgés de 9 mois à 19 ans pour qu'ils aient une deuxième chance d'être vaccinés contre la rougeole. Une campagne de suivi sera organisée en février 2004 à l'intention des enfants âgés de 9 mois à 8 ans. Le Gouvernement japonais fournira gratuitement tous les vaccins, seringues, aiguilles et conteneurs de sécurité nécessaires. Il s'agira d'une campagne porte-à-porte, comme la campagne d'éradication de la poliomyélite menée en 2001, avec pour principale cible les zones à haut risque telles que les taudis urbains et les lieux difficiles d'accès.

Les Philippines ont intégré l'hépatite B à leur PEV en 1991 dans le but d'ajouter l'administration de trois doses de vaccin anti-hépatite B au cours de la première année de vie à la définition d'un "enfant véritablement vacciné". Une loi sur la vaccination anti-hépatite B a également été promulguée.

Des crédits ont été débloqués pour la vaccination anti-hépatite B dans le PEV, mais le budget consacré aux vaccins anti-hépatite B, qui sont plus onéreux, a été réduit au profit des autres vaccins. Une demande de financement de la vaccination anti-hépatite B a été soumise à l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

Les Philippines approuvent les deux initiatives en tant que moyens de renforcer et d'améliorer le PEV du point de vue technique et du point de vue de la gestion des programmes, et surtout en tant que moyens d'obtenir un appui financier. Pour qu'il soit plus facile de plaider en leur faveur, il faut résoudre des questions techniques comme la dose de vaccin anti-hépatite B à la naissance ; l'utilisation et la disponibilité des vaccins antirougeoleux monovalent et du vaccin anti-hépatite B par opposition aux vaccins polyvalents ; l'utilisation du vaccin anti-hépatite B dérivé du plasma ou du vaccin recombinant, qui est plus cher ; l'utilisation de seringues autobloquantes ; la surveillance de la maladie et la confirmation en laboratoire.

Mme GO (République de Corée) dit que son pays est tout à fait favorable au choix de l'élimination de la rougeole et de la lutte contre l'hépatite B comme initiatives phares du PEV dans la Région. Tous les nourrissons doivent être protégés contre l'hépatite B pour éviter une importante morbidité ultérieurement. En République de Corée, une campagne de ratissage contre la rougeole et la rubéole a été organisée en 2001 pour faire face à une grave flambée de rougeole. La date butoir pour l'élimination de la rougeole a été fixée à 2005 et la République de Corée continuera d'œuvrer dans ce but. Concernant l'hépatite B, le gouvernement paie depuis 2002 la vaccination et le dépistage pour les nouveau-nés dont la mère a acquis l'hépatite B dans le but de prévenir la transmission mère-enfant.

Le Dr FUKUDA (Japon) estime judicieux que l'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B deviennent les deux initiatives phares du PEV dans la Région du Pacifique occidental et est tout à fait favorable à ce que l'élimination de la rougeole soit un objectif régional à long terme. Toutefois, l'épidémiologie de la rougeole et les efforts de lutte varient d'un pays à l'autre et l'OMS devrait prendre ces différences en considération lorsqu'elle fait des recommandations à chaque pays.

Le Japon enregistre chaque année 100 000 à 200 000 cas de rougeole et au moins 10 décès. La plupart des cas concernent des personnes non vaccinées, principalement des enfants de moins de un an, dont seule la moitié est vaccinée. Un comité d'experts techniques de la lutte antirougeoleuse a fait paraître un rapport en mai 2003 dans lequel il recommande d'accroître la couverture vaccinale chez les enfants de un an. La vaccination systématique laisse une année pour administrer une dose unique de vaccin à tous les enfants. La principale stratégie consiste à mener une campagne de sensibilisation afin d'étendre la couverture vaccinale. L'Institut national japonais des maladies infectieuses a été désigné laboratoire régional de référence pour la rougeole. Il a à cœur d'offrir un appui technique à tous les pays de la Région pour améliorer le diagnostic de la rougeole.

Au Japon, on commence par rechercher la présence d'antigènes HBsAg chez les femmes enceintes puis, chez le nouveau-né, les antigènes HBsAg et les anticorps anti-HBsAg. Il ne doute pas que ce système est suffisamment efficace pour éviter la transmission mère-enfant et lutter contre

l'hépatite B. Il conclut en disant que le Japon appuiera sans réserve les activités entreprises par l'OMS pour renforcer encore le PEV, y compris le système de surveillance et les services de laboratoire.

Le Dr KOI (Macao, Chine) précise qu'à Macao la vaccination ne prévoyait autrefois qu'une seule dose de vaccin antirougeoleux. La couverture vaccinale était faible et une épidémie de grande ampleur s'est déclarée en 1988, avec 672 cas notifiés. Suite à l'introduction d'une deuxième et d'une troisième doses et à l'augmentation de la couverture, l'incidence de la rougeole a progressivement décru. Depuis 1994, seuls quelques cas sporadiques se produisent chaque année. Un programme d'élimination de la rougeole a été mis en place suivant la recommandation du groupe consultatif technique. Le programme recommande depuis janvier 2003 deux doses, à l'âge de 12 et de 18 mois. Les cliniciens doivent demander confirmation en laboratoire pour chaque cas de rougeole. Bien que Macao soit peu étendu, les échanges avec d'autres peuples et d'autres pays sont fréquents. Par conséquent, des efforts ont été faits pour parvenir à une couverture élevée par deux doses de vaccin en vue d'éliminer la rougeole. L'élimination dans d'autres régions est toute aussi importante. Il est d'accord pour que l'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B deviennent les deux nouvelles initiatives phares du PEV et souhaiterait que l'élimination de la rougeole devienne un objectif régional.

Le taux de prévalence du HbsAg est d'environ 11 % dans la population adulte et le cancer du foie est la deuxième cause de mortalité par cancer. L'hépatite B chronique est un problème de santé publique important à Macao. Depuis 1990, les autorités de Macao ont fourni gratuitement le vaccin antihépatite B aux nouveau-nés et à ceux qui sont nés après 1985. Le taux de vaccination chez les nouveau-nés dépasse 99 % et plus de 92 % des enfants âgés de 12 mois ont reçu 3 doses de vaccin. A la suite des recommandations du treizième groupe consultatif technique, Macao va mener une enquête par échantillonnage sur le taux de séropositivité au HbsAg chez l'enfant, afin d'évaluer l'efficacité du programme de vaccination. Les autorités espèrent un taux inférieur à 1 %.

M. DAVIES (Australie) déclare que l'Australie reconnaît et s'inquiète de la charge de morbidité attribuable à la rougeole et à l'hépatite B dans la Région. Son pays soutient le choix de la rougeole et de l'hépatite B comme axes du renforcement du PEV. L'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B sont des objectifs appropriés dans la Région pour poursuivre le travail et développer le succès obtenu dans l'éradication de la poliomyélite. Il convient que la date cible pour l'élimination régionale de la rougeole doit se fonder au départ sur un examen annuel de la situation, bien que l'Australie aimerait fixer une date claire, ambitieuse mais réalisable à un stade précoce.

Il reconnaît l'importance du PEV pour lutter contre les maladies évitables par la vaccination et les éliminer dans la Région et il pense que ces interventions se justifient sur le plan financier. De

récentes études menées en Australie donnent à penser que chaque dollar consacré à la vaccination antirougeoleuse pourrait permettre d'économiser plus de AUS\$ 150 sur de futures dépenses de santé.

L'agence d'aide australienne reconnaît que la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles sont un domaine prioritaire. En 2003-2004, l'Australie accordera AUS\$ 225 millions en aide à la santé pour les pays en développement. Une part importante de cette assistance est consacrée aux services de santé de base, notamment la vaccination. Par l'intermédiaire de l'AusAID, l'Australie a apporté une aide à la vaccination au Cambodge, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et à 14 états insulaires du Pacifique. L'Institut international de la vaccination a également reçu des fonds pour un projet couvrant le Viet Nam et la Chine.

L'Australie demande à l'OMS de prendre en considération les difficultés rencontrées par les pays pour généraliser leurs plans, gérer et délivrer les services de vaccination. Il demande à l'OMS d'apporter une aide aux pays pour surmonter ces difficultés.

Le Dr SIPELI (Nioué) déclare que son pays pratique la vaccination systématique contre la rougeole à l'aide du vaccin antirougeoleux-antiourlien-antirubéoleux (ROR), en administrant la première dose à l'âge de 15 mois et la deuxième à 4 ans. La couverture est de 100 %. Depuis 1986 la vaccination contre l'hépatite B est proposée à tous les nouveau-nés, à l'âge de quatre semaines et de six mois, conformément aux recommandations des fabricants. Les enfants naissent désormais à l'hôpital et sont systématiquement vaccinés 12 heures après la naissance. Nioué approuve les plans d'action régionaux pour l'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B.

Le Dr MANN (Papouasie-Nouvelle-Guinée) dit que les deux plans d'action régionaux pour l'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B donneront aux pays les orientations nécessaires pour mettre au point des plans nationaux d'application.

En Papouasie-Nouvelle-Guinée la couverture vaccinale est très faible, aux alentours de 45 % à 50 % pour les cinq dernières années. En conséquence, plusieurs épidémies de rougeole ont eu lieu chez les enfants et les jeunes jusqu'à l'âge de 25 ans.

Son pays poursuit ses efforts pour administrer aux nouveau-nés une dose de vaccin antirougeoleux peu après la naissance. De plus, les enfants peuvent recevoir deux autres doses de vaccin et il demande une aide pour évaluer si cette politique est bien adaptée. Un programme de vaccination supplémentaire va commencer le mois prochain. Il remercie l'Australie et le Japon pour l'aide qu'ils ont apportée aux activités du PEV en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

Le Dr ENOSA (SAMOA) s'associe aux intervenants précédents pour se féliciter du choix des deux nouveaux axes du renforcement du PEV dans la Région. Néanmoins, dans les Etats insulaires du Pacifique, le coût constitue toujours la principale difficulté pour la mise en oeuvre de telles initiatives. Samoa a entrepris un programme de vaccination anti-rougeoleuse il y a quelque cinq années mais, récemment, comme à Tonga et à Fidji, a observé l'apparition de la rubéole. Les conséquences de cette évolution, notamment pour les femmes enceintes, sont en cours d'étude et l'OMS recevra une demande d'aide pour enquêter sur l'ampleur du problème. Il est probable que le triple vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole sera nécessaire. Il remercie les gouvernements de l'Australie et du Japon pour leur aide financière généreuse au PEV dans les états insulaires du Pacifique.

Le Dr MALEFOASI (Iles Salomon) se félicite également de ces initiatives arrivant à point nommé et qui s'intègrent dans les plans de redressement de son pays. Les Iles Salomon seraient en faveur de stratégies correspondantes de l'OMS. La mise en oeuvre constituera un défi considérable néanmoins, la couverture vaccinale étant à un niveau très bas à la suite des troubles civils récents. Il faudra une approche stratégique et holistique mais il est sûr que l'on pourra y parvenir compte tenu de l'amélioration des services de soins de santé primaires et de la faible incidence de la rougeole et de l'hépatite B. Le Ministre de la santé, avec l'aide des organisations non gouvernementales, prépare des plans d'action pour rétablir le PEV dans tous ses aspects, composante essentielle du plan de redressement économique pour les dix prochaines années. Ils seront soumis prochainement aux donateurs potentiels.

Mme PAUL (Iles Marshall) fait état de l'engagement de son pays pour l'amélioration du programme de vaccination et l'élimination de la rougeole ; une flambée épidémique a eu lieu récemment chez les jeunes et a fait trois morts. Néanmoins, il est difficile de comprendre comment les plans pour améliorer la couverture vaccinale et moderniser les installations du laboratoire pourront être réalisés compte tenu de la proposition de baisse de 38 % environ des crédits alloués par l'OMS au pays dans ce domaine. Elle demande donc au Bureau régional de reconsidérer cette allocation.

Le Dr CUTTER (Singapour) exprime son accord avec le choix de l'élimination de la rougeole et de la lutte contre l'hépatite comme les deux nouveaux axes de renforcement du PEV. Il demande de fixer une date butoir pour l'élimination de la rougeole dès que possible. Il décrit les progrès des programmes de vaccinations de Singapour. Depuis 1998, à la suite d'une flambée de rougeole l'année précédente, l'administration d'une seconde dose du vaccin ROR pour les enfants de 11 à 12 ans a été incluse et a permis d'observer une diminution spectaculaire du nombre des cas notifiés. L'hépatite B fait partie du programme de vaccination depuis 1997 et la couverture par trois doses de vaccin se situe aux alentours de 90 %. Elle a permis de diminuer substantiellement la séroprévalence du HbsAg et l'incidence de l'hépatite B aiguë. L'incidence chez les enfants de moins de 15 ans a été ramenée à zéro.

Mme PIERANTOZZI (Palaos) appuie aussi les propositions. Palaos a réussi à maintenir sa couverture vaccinale au-dessus de 90 % grâce à sa population limitée et à sa politique d'administrer les vaccins à la naissance, en assurant le suivi. Toutefois, les migrations dans la Région posent des difficultés, qu'il s'agisse de vaccination ou de surveillance. Elle demande le soutien de l'OMS pour assurer une meilleure coordination régionale du PEV, notamment dans les populations migrantes. L'assistance de l'OMS au développement de laboratoires régionaux de diagnostic et de services de sécurité transfusionnelle est également nécessaire.

L'OMS accorde beaucoup d'attention à la santé maternelle et infantile. Elle propose la mise au point d'initiatives pour améliorer la santé de l'homme et pour l'engager en tant que partenaire dans les actions de santé familiale en encourageant, par exemple, les pères à participer à la vaccination de leurs enfants.

Le Dr LAM Ping Yan (Hong Kong, Chine) signale que Hong Kong administre gratuitement deux doses du vaccin ROR à tous les enfants dans le cadre de son PEV. La première est donnée à l'âge de 12 mois et la seconde à six ans. Les enfants qui ont raté l'administration de la première dose peuvent se faire vacciner gratuitement dans les centres de santé avant l'administration de la seconde dose. La vaccination contre l'hépatite B a été introduite en 1985, l'administration de la première dose se faisant dans les 24 heures suivant la naissance pour la plupart des nouveau-nés. La couverture avec trois doses dépasse 88 % et la prévalence du HBsAg est nulle chez les enfants âgés de 1 à 4 ans. Hong Kong s'engage sans réserve à poursuivre ses efforts pour éliminer la rougeole et lutter contre l'hépatite B, en suivant les orientations données par le Bureau régional.

Le Dr KIENENE (Kiribati) appuie la proposition de retenir deux axes pour renforcer le PEV. La diminution de la séroprévalence de HBsAg à 1 % est un objectif ambitieux compte tenu des taux élevés que l'on observe actuellement dans certains Etats insulaires du Pacifique comme le sien, où il s'établit entre 25 et 30 %. Il ne doute cependant pas que, avec l'aide de l'OMS, cet objectif sera atteint.

M. TEOKOTAI (Iles Cook) appuie les propositions de renforcer le PEV et d'adopter l'objectif de l'élimination de la rougeole. L'efficacité du Programme est illustrée par l'incidence nulle de ces maladies dans son pays. La couverture vaccinale est de 96 % chez les enfants de moins de 12 ans pour la rougeole, avec une seconde dose administrée à l'entrée à l'école, et de 99,7 % pour l'hépatite B. Actuellement l'objectif consiste à maintenir cette forte couverture. En accord avec le représentant de Fidji, il pense que la vaccination contre la rubéole devrait être également incluse dans le PEV, car ce n'est qu'une question de temps avec que cette maladie apparaisse ailleurs dans les Etats insulaires du Pacifique. Il est important d'accorder l'attention nécessaire à la surveillance et aux moyens des laboratoires de diagnostic dans ces états.

M. DONG HUY Lieu (Viet Nam) appuie le choix des deux axes proposés pour renforcer le PEV et loue les deux plans régionaux. Le Viet Nam a mis au point une stratégie pour éliminer la rougeole d'ici 2010. Il a maintenu pendant de nombreuses années une couverture de plus de 90 % chez l'enfant de moins d'un an, et le nombre des épidémies de rougeole a baissé dans les provinces du nord à la suite de la troisième campagne nationale de vaccination. Une seconde dose sera administrée systématiquement dans le cadre du PEV à partir de 2006. Grâce aux vaccins fournis par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), Le Viet Nam a introduit la vaccination contre l'hépatite B dans 44 provinces depuis 2002, mais la couverture reste un problème dans les zones isolées et montagneuses. L'OMS et le programme de technologie alternative en santé (PATH) a soutenu la préparation d'un plan intégrant la vaccination contre l'hépatite B dans le PEV. Le Viet Nam construit des structures pour la production locale des vaccins contre la rougeole, avec l'aide du gouvernement japonais, et contre l'hépatite B. Il remercie l'OMS et d'autres pour l'aide qu'ils ont apportée et espère que la coopération se poursuivra dans le futur.

A l'invitation du PRESIDENT, le représentant de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination fait une déclaration au Comité.

Le DIRECTEUR REGIONAL remercie les représentants de leur soutien à la proposition de faire de la vaccination contre l'hépatite B et la rougeole les deux axes de renforcement du PEV. Il rappelle que jusqu'à 800 personnes meurent chaque jour dans la Région de pathologies liées à l'infection par le virus de l'hépatite B. Cette mortalité est semblable à celle due à la tuberculose mais on accorde moins d'attention à l'hépatite B. Le représentant de la Chine a mentionné que, même s'il soutenait l'initiative proposée, l'objectif de diminuer la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B à 1 % est quelque peu ambitieux. Ce but pourrait néanmoins être atteint dans les prochaines années avec la diminution du coût du vaccin. Il s'accorde avec le représentant du Japon pour dire que la situation varie d'un pays à l'autre et qu'un dépistage généralisé des mères pour chercher l'antigène de surface de l'hépatite B et la vaccination seraient des moyens efficaces de réduire la transmission de la mère à l'enfant.

Des flambées de rougeole se sont produites récemment dans la Région. Des couvertures vaccinales de 80 % ou même 90 % impliquent néanmoins que 20 % ou 10 % des sujets ne sont pas vaccinés et s'ajoutent à ceux qui n'ont pas été immunisés par la vaccination. Ces pourcentages s'accumulent dans le temps jusqu'à arriver à un certain seuil pour la réapparition régulière de la maladie. La théorie comme l'expérience montrent qu'un taux de vaccination de 95 % avec deux doses est nécessaire pour interrompre la transmission de virus sauvage autochtone. Le représentant de la Mongolie a exprimé clairement le besoin d'une coopération régionale, de systèmes de laboratoire et d'une aide financière soutenue pour éliminer le virus très contagieux de la rougeole. Malgré les

situations différentes des pays décrites par le représentant du Japon, il est donc essentiel d'avoir une stratégie régionale générale, même s'il est tout à fait d'accord pour dire qu'elle ne peut pas être imposée de manière inflexible. Malgré la proposition du représentant de l'Australie de fixer une date cible pour l'élimination de la rougeole dès que possible, un certain nombre de raisons rendent cette question difficile en l'état actuel des choses. La poliomyélite n'a pas encore été entièrement éliminée et l'introduction de la vaccination contre la rougeole pourrait dépasser les moyens internationaux disponibles pour la vaccination et l'aide financière. De plus, les programmes de vaccination dans les Etats Membres se trouvent actuellement à des stades très divers. Une fois la poliomyélite éradiquée, une date pourra être fixée pour l'élimination de la rougeole.

Le CONSEILLER REGIONAL POUR LA SURVEILLANCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LA RIPOSTE déclare que, afin de surmonter l'insuffisance des moyens des laboratoires pour la confirmation des cas de rougeole dans la Région, le système LabNet a été mis en place dans le cadre du réseau de surveillance de la santé publique du Pacifique. La première réunion de LabNet est organisée à Suva (Fidji) en même temps que la session actuelle du Comité. Cette réunion aborde diverses questions relatives au renforcement des capacités des laboratoires dans les Etats insulaires du Pacifique et il pense qu'elle représentera une étape historique dans l'amélioration de ces moyens.

Le CONSEILLER REGIONAL POUR LE PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION déclare que le programme d'élimination de la rougeole sera une bonne occasion de diminuer ou d'éliminer le syndrome de rubéole congénitale. Comme le Directeur régional l'a mentionné, le programme d'élimination de la rougeole devra atteindre une couverture d'au moins 95 % et l'on peut administrer en toute sécurité le vaccin contre la rubéole en même temps que celui contre la rougeole. La rubéole étant moins contagieuse que la rougeole, elle sera plus facile à éliminer. Les inconvénients de l'association de ces deux vaccins sont les coûts supplémentaires et la différence des âges couverts. N'ayant pas encore assuré le financement à long terme de la vaccination anti-rougeoleuse, il serait prématuré d'ajouter la vaccination anti-rubéoleuse dans la plupart des pays. Lorsque c'est possible cependant, comme à Tonga, l'association est préférable. La situation de chaque pays sera examinée de façon à pouvoir établir des programmes pour ajouter le vaccin anti-rubéoleux le cas échéant.

2. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ; INFECTIONS à VIH ET SIDA :
Point 12 de l'ordre du jour (document WPR/RC54/6)

Présentant le rapport, le DIRECTEUR REGIONAL déclare que l'OMS continue d'avoir un programme très actif de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région du Pacifique occidental. La promotion de l'usage des préservatifs a permis des réductions importantes de la prévalence de

l'infection à VIH chez les prostituées, notamment au Cambodge. La stratégie du « Préservatif tout le temps » a été étendue à un certain nombre de pays avec une faible prévalence du VIH, comme la République populaire démocratique lao et la Mongolie. La fréquence d'utilisation des préservatifs augmente de manière importante chez les sujets exposés à un risque élevé d'infection dans de nombreux pays.

La toxicomanie par voie intraveineuse reste une voie majeure de transmission de l'infection en Chine, en Malaisie et au Viet Nam. En collaboration avec le Siège de l'OMS et la Région de l'Asie de Sud-Est, le Bureau régional a mis au point un cadre stratégique pour une approche de la prévention de VIH/SIDA dans la Région du Pacifique occidental fondée sur la réduction des méfaits chez les consommateurs de drogues injectables, décrite en annexe 2 du document WPR/RC54/6.

Les partenariats instaurés entre les gouvernements, les organisations des Nations Unies, les partenaires bilatéraux et multilatéraux et les organisations non gouvernementales pour lutter contre le VIH/SIDA dans la Région se sont poursuivis de façon satisfaisante. Le succès des propositions présentées par la Région au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme en est un exemple. En janvier 2003, le Fonds mondial a approuvé trois nouvelles propositions se rapportant au VIH/SIDA soumises par le Cambodge, la Mongolie et 11 pays océaniques. Cela a porté l'aide totale du Fonds mondial pour les projets de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région à 53,5 millions de dollars. L'excellente et étroite collaboration entre les pays, l'ONUSIDA et l'OMS a grandement contribué au succès des propositions de la Région soumises au Fonds mondial.

Il ajoute que malgré ces résultats positifs, l'OMS et ses Etats Membres ne doivent pas se laisser bercer par un faux sentiment de sécurité. Bien que le taux de prévalence régional soit relativement bas, la taille des populations de plusieurs pays dans la Région font que le taux régional masque un nombre élevé d'infections et des coûts humains considérables.

Il existe aussi un risque que les niveaux croissants des infections à VIH au sein des populations particulièrement vulnérables entraînent la propagation de l'épidémie à la communauté toute entière. Dans certains pays, près de la moitié de la totalité des nouveaux cas d'infection à VIH sont détectés chez les femmes dont les époux sont infectés. Au Cambodge, environ un tiers des nouveaux cas sont constatés chez des enfants infectés par leur mère. Les efforts déployés pour atteindre les personnes les plus exposées au moyen d'interventions à grande échelle ayant démontré leur efficacité doivent se poursuivre et même être intensifiés.

L'OMS et ses Etats Membres doivent collaborer pour alléger le fardeau supporté par les malades du SIDA, leur famille, la communauté et les services de santé. Les centres de conseil et de

dépistage du VIH devraient assurer un large accès aux thérapies par antirétroviraux et en garantir l'usage rationnel, dans le cadre de soins complets contre le VIH/SIDA. L'annexe 3 du rapport présente en détail l'activité de l'OMS visant à étendre l'usage des antirétroviraux dans la Région. Celle-ci se trouve exposée au risque d'une épidémie généralisée de VIH/SIDA et l'OMS et ses Etats Membres doivent mettre tout en œuvre pour empêcher cela. Le DIRECTEUR REGIONAL prie instamment les Etats Membres de traiter avec la plus grande attention les quatre actions proposées dans le document WPR/RC54/6 : volonté politique, prévention, surveillance et soins aux séropositifs et aux malades du SIDA.

En observant les excellents résultats obtenus dans la Région depuis l'émergence du VIH/SIDA, il se déclare convaincu que l'OMS parviendra à prévenir une épidémie généralisée de VIH/SIDA dans la Région du Pacifique occidental.

Le Dr KIENENE (Kiribati) fait remarquer que le VIH/SIDA semble bien installé. Toutefois, il a pris note des deux évolutions positives mentionnées dans le rapport : le lancement de la Coalition internationale pour l'accès aux traitements et l'approbation de plusieurs propositions de la Région soumises au Fonds mondial. Son pays fait partie des bénéficiaires du dernier appel à propositions et travaille maintenant dur pour remplir les formalités permettant le déblocage des fonds. Il rappelle qu'au cours de la réunion ministérielle Asie Pacifique sur le VIH/SIDA qui s'est tenue en octobre 2001 à Melbourne, Australie, le Directeur de l'ONUSIDA a souligné que les peuples d'Asie et du Pacifique avaient reçu "un temps de répit" mais que ce temps s'était rapidement écoulé.

Le Dr RAHMAH Binte Haji Md. Said (Brunéi Darussalam) se félicite de l'aide apportée par le Bureau régional aux Etats Membres dans leur lutte contre l'escalade de l'épidémie de VIH/SIDA. Bien que quelques cas seulement aient été notifiés dans son pays, celui-ci reste vulnérable aux facteurs liés à la propagation de la maladie. Un domaine a soulevé des difficultés, à savoir l'estimation et la projection précises du nombre de cas, calculs essentiels devant permettre d'estimer la charge de la maladie et les besoins réels. Bien qu'elle accueille favorablement la mise au point de modèles comme le Progiciel de projection des épidémies, les spécifications des données limitent son application par les pays enregistrant une faible prévalence ou ne disposant pas des données demandées. C'est pourquoi elle demande instamment que d'autres outils soient élaborés pour pallier cette limitation.

Le Dr DAUD Bin Abdul Rahim (Malaisie) déclare que l'épidémie de VIH/SIDA a des répercussions sociales, économiques et culturelles. C'est la raison pour laquelle il est important d'obtenir l'engagement des gouvernements mais aussi une plus grande implication des acteurs dans les secteurs autres que celui de la santé et dans les communautés. Parmi les stratégies qui ont été appliquées dans son pays pour obtenir des communautés qu'elles fassent preuve d'un plus grand

engagement, elle cite la sensibilisation aux problèmes liés au VIH/SIDA à l'occasion d'un comité interministériel ; le renforcement des moyens d'action dans les secteurs autres que celui de la santé ; la collaboration dans des actions de prévention et de lutte contre le SIDA au travers d'un comité de coordination plurisectoriel ; l'appui technique et financier apporté aux organisations non gouvernementales concernées ; les programmes coordonnés, institutionnels et à assise communautaire de prévention, de traitement, de soins et de soutien des femmes, des enfants et des adolescents touchés par le VIH/SIDA ; la mise à disposition de matériel diagnostique et de médicaments antirétroviraux abordables grâce à des négociations directes avec des sociétés pharmaceutiques. L'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est a guidé les pays dans leur riposte à l'épidémie de VIH/SIDA ; a mené campagne en faveur d'un environnement positif permettant de faire face à l'exclusion, à la discrimination, au refus de la réalité et au silence ; a fait en sorte que des médicaments soient disponibles à un prix abordable ; a aidé les pays à être moins vulnérables à la maladie et a pris des mesures prophylactiques contre l'infection à VIH parmi les travailleurs immigrés.

Le Ministère de la Santé et celui de l'Éducation dans son pays ont mis en place un programme destiné à mobiliser les jeunes dans les communautés, en s'appuyant sur le concept "l'action des jeunes, agir par les jeunes et pour les jeunes" et dans le but de maintenir des conditions favorables à la santé dans le contexte des normes et des valeurs socioculturelles. Grâce à ce programme, 49 000 chefs de groupe et 820 clubs ont été formés pour soutenir l'élan. En 2002, les Ministères de la Santé et des Ressources humaines et le Conseil malais sur le SIDA ont élaboré un code de bonnes pratiques applicable à la prévention du VIH/SIDA dans les lieux de travail.

Le Dr KOI (Macao, Chine) signale que la plupart des cas d'infection au VIH notifiés à Macao sont dépistés lors du contrôle des étrangers sollicitant un permis de travail et sont enregistrés principalement au sein de ce groupe. Les travailleurs clandestins sont également source de préoccupation. Bien que les cas déclarés de maladies sexuellement transmissibles détectés par dépistage anonyme soient rares, ils progressent lentement. Les services de santé s'emploient à éduquer les étrangers travaillant dans les établissements de jeux et à réduire les méfaits dans d'autres groupes, comme les jeunes. Les activités d'éducation devront être évaluées de façon plus poussée. Les résidents de Macao bénéficient de soins gratuits contre le VIH/SIDA, comme pour toute autre infection sexuellement transmissible. Les cas restant encore relativement rares, l'allocation des ressources dans les services de santé n'a pas été modifiée.

Le Dr BILGER (France) salue les progrès accomplis, en particulier au Cambodge, grâce à une stratégie de prévention dynamique ciblant les groupes les plus vulnérables, notamment les prostitué(e)s et les toxicomanes par voie intraveineuse. Toutefois, il faut renforcer l'action auprès de ces groupes pour accélérer la réduction des risques et notamment par la fourniture de drogues de

substitution. La France approuve la politique de l'OMS sur la gestion intégrée du VIH et prie l'Organisation de créer un forum pour garantir un accès équitable aux traitements et de mettre un programme en place avec les éléments suivants : encourager les pays qui ne l'ont pas encore fait à ajouter les antirétroviraux à leur liste de médicaments essentiels ; promouvoir une politique d'achat des antirétroviraux à moindre coût, le coût étant un facteur clé d'accès équitable ; favoriser l'adoption d'une politique en faveur des médicaments génériques de bonne qualité et développer la capacité de production locale des antirétroviraux. A cette fin, l'OMS doit rassembler les informations nécessaires pour évaluer la situation dans la Région. L'OMS doit aussi continuer à assurer une coordination avec le Fonds mondial et à apporter son appui technique pour la mise en œuvre de programmes destinés à améliorer l'accès aux antirétroviraux, comme le représentant du Fonds l'a demandé.

M. UNTALAN (Etats-Unis d'Amérique) déclare que peu de sujets sont plus importants pour la santé dans le monde et dans la Région que le VIH/SIDA. Son gouvernement est le principal bailleur de fonds du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, 1,6 milliard de dollars US devant être alloués jusqu'en 2008 et 623 millions de dollars US étant actuellement déposés sur un compte fiduciaire. L'aide de son pays au Fonds mondial et à d'autres initiatives multilatérales sur le VIH/SIDA s'ajoute au milliard de dollars US dépensé chaque année à la recherche bilatérale, la prévention et les activités de soins et de traitement.

Il se félicite de l'approche à bases factuelles adoptée par le Bureau régional du Pacifique occidental pour prévenir le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles ; améliorer la sécurité transfusionnelle, les données épidémiologiques et la coordination avec d'autres partenaires. L'approche des soins du SIDA adoptée par le Bureau régional est une méthode particulièrement exhaustive puisqu'elle englobe les soins palliatifs, le traitement des infections opportunistes, les soins à domicile et à assise communautaire et le traitement par les antirétroviraux. Le Cambodge et d'autres Etats Membres sont parvenus à réduire la prévalence du VIH/SIDA, à la stabiliser ou à rester exempts de VIH. Chaque pays peut tirer des enseignements des expériences des autres.

Son pays soutient les interventions ciblant les individus qui, par leur comportement, s'exposent et exposent ceux qui les entourent au VIH ou à d'autres infections sexuellement transmissibles ; il faut apporter un appui aux mesures de prévention et de réduction de la transmission. Néanmoins, il ne peut pas totalement approuver les plans d'action qui ne prévoient pas de volets sur les comportements comme retarder l'initiation sexuelle, l'abstinence, la promotion de la fidélité et la réduction du nombre de partenaires. Il conviendrait d'attacher une plus grande importance à la transmission de la mère à l'enfant. Si les prostitué(e)s constituent un groupe cible important, les clients mâles doivent eux aussi être éduqués. L'éducation sur le VIH ne doit ni encourager la prostitution ni induire une tolérance à l'égard du trafic des jeunes gens et des femmes.

Le Dr TSANG (Hong Kong, Chine) se félicite de l'attention accordée aux toxicomanes par voie intraveineuse dans le cadre d'action stratégique. A Hong Kong, un total de 2000 cas de VIH/SIDA sont déclarés, la plupart résultant de contacts sexuels. Jusqu'à présent, 2,6 % seulement des infections déclarées sont associés à la toxicomanie par voie intraveineuse. Ce faible taux est un résultat du programme de substitution par la méthadone qui a été mis en place dans les années 70. Une campagne médiatique a été lancée en 2002 sur le principe de la réduction des méfaits, soutenue par le Bureau régional. Le programme de substitution par la méthadone en est un élément essentiel. Le dépistage universel du VIH destiné aux consommateurs de méthadone a été lancé en 2003, en même temps qu'un programme de communication qui a permis de contacter 400 toxicomanes par mois. Les soins et le traitement du VIH, la promotion de pratiques sexuelles à moindre risque et le renforcement de la surveillance du VIH sont réalisés dans l'esprit du cadre d'action régional.

M. DAVIES (Australie) reconnaît la nécessité de prévoir une surveillance régulière dans tout plan national stratégique et dans les programmes de soins aux personnes infectées. L'Australie s'est inspirée des objectifs et des conseils contenus dans la stratégie mondiale de l'OMS se rapportant à la réponse du secteur de la santé à l'épidémie de VIH/SIDA. Son pays met en œuvre un programme mondial de 6 années contre le VIH/SIDA représentant 200 millions de dollars australiens, pour aider les pays de la région Asie Pacifique à réagir à l'épidémie. Les principaux programmes sont en cours en Papouasie-Nouvelle-Guinée, au Viet Nam, en Indonésie et dans le sud de la Chine. Auparavant, la même année, l'Australie a approuvé le financement d'un projet régional de quatre ans sur le VIH/SIDA dans le Pacifique représentant un montant de 12,5 millions de dollars australiens. Il convient du fait qu'une volonté politique forte est nécessaire si l'on veut réduire la transmission du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. L'Australie a alloué un million de dollars australiens comme fonds de lancement du Forum d'orientation pour la région Asie Pacifique, une stratégie conçue pour renforcer la direction politique et l'action contre l'épidémie de VIH/SIDA, grâce au soutien apporté à un réseau de politiciens, de responsables et de décideurs.

Le Dr UEDA (Japon) se félicite de l'aide apportée par le Fonds mondial à plusieurs pays de la Région et obtenue grâce à l'assistance de l'OMS, de l'ONUSIDA et des gouvernements respectifs. Le Japon pense qu'il est important de collaborer avec d'autres pays de la Région tout en s'occupant de ses problèmes intérieurs. Des exemples de ce travail comprennent le renforcement des moyens de la surveillance du VIH/SIDA au Cambodge, le renforcement du diagnostic et de la recherche aux Philippines, et l'appui à divers ateliers sur le VIH/SIDA. Bien que la prévalence du VIH/SIDA soit relativement faible dans la Région, le nombre des nouveaux cas va augmenter. Il faut rappeler ce fait aux Etats Membres. Il faut encourager les interventions à grandes échelles ciblant les groupes exposés, en particulier parce que la prévalence dans la Région est encore à un niveau faible. Il est

souvent difficile cependant pour les autorités d'approcher les sujets les plus exposés. Il faut donc octroyer une aide à cet effet aux organisations non gouvernementales et à but non lucratif. Les expériences doivent être communiquées et reproduites dans les Etats Membres et l'OMS a un rôle important à jouer à cet égard.

Il loue les efforts pour améliorer l'accès aux antirétroviraux, mais il observe que de nombreux pays en développement n'ont pas les infrastructures nécessaires pour contrôler l'administration des médicaments. Il faut un cadre pour développer la fourniture des médicaments antirétroviraux et atteindre l'objectif mondial de traiter 3 millions de personnes d'ici 2005. Il convient de prendre en considération l'observance des schémas thérapeutiques pour le VIH/SIDA et des lignes directrices devront être mises au point avec les organismes partenaires. Des campagnes intensives d'éducation, des services de conseil, de soutien, de traitement et de suivi auprès des familles sont essentiels pour assurer l'observance des traitements et éviter l'apparition de pharmacorésistances. Il est difficile pour la plupart des hôpitaux des pays en développement de fournir ces services, dans la mesure où ils ne peuvent pas demander de paiements. Les centres de soins de jour promus par le Bureau régional, qui impliquent le soutien de l'entourage associé à des services cliniques et à la communauté, sera un mécanisme essentiel pour favoriser l'observance des traitements. Ces centres, notamment au niveau des districts, pourront être utilisés pour augmenter la fréquence des traitements antirétroviraux dans la Région. La priorité doit aller à la fourniture des antirétroviraux pour éviter la transmission périnatale du VIH ; il prône un projet pilote pour étudier ce sujet en profondeur. Les stratégies de réduction des méfaits, comme l'approvisionnement en aiguilles et en seringues, peuvent renforcer les activités illégales et les mesures dans ce domaine doivent être soigneusement réfléchies. L'OMS doit encourager l'utilisation des préservatifs pour la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

Il regrette que le septième congrès asiatique sur le VIH/SIDA, prévu en novembre 2003 à Kobe (Japon), a dû être retardé de deux ans à cause du SRAS. Il demande aux représentants de faire savoir dans leurs pays que le congrès se tiendra bien en 2005.

La séance est levée à 17 heures.